

ГРИЗЕОФУЛЬВИН В ЛЕЧЕНИЕ МИКРОСПОРИИ У ДЕТЕЙ

*Тихоновская И.В., Адаскевич В.П., Шафранская Т.В.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Микроспория относится к числу наиболее распространенных дерматофитий, занимая второе место после микозов стоп и кистей. С высокой частотой заболевание регистрируется во всех странах мира. Инфекция считается болезнью детского возраста [1,2,3]

В Европе, США и южноамериканских странах, в Японии, Израиле, Катаре, Кувейте, Арабских эмиратах, а также в нашей стране микроспория, вызванная *Microsporum canis*, является самым распространенным микозом с поражением гладкой кожи и волос в детском возрасте, взрослые болеют редко из – за наличия фунгостатических органических кислот в волосах (этим фактом также объясняется спонтанное выздоровление от микроспории в начале пубертатного периода). В странах Африки и в Австралии заболеваемость микроспорией стоит на том же уровне или уступает заболеваемости антропонозной трихофитией, однако возбудителем микроспории в этих регионах чаще всего является антропофильный грибок *M. audouinii* [1, 3, 4, 6, 7].

Заражение зоофильным микроспориумом происходит от больных животных (кошки (чаще всего), собаки, редко обезьяны, тигры, львы, дикие и домашние свиньи, лошади, овцы, лисицы, кролики, мелкие грызуны, домашние птицы), а также возможно от человека, больного микроспорией в 3 – 10% случаев заражения; чрезвычайно редко (0,7%) заражение происходит через почву. От животных инфицируются при непосредственном контакте с ними во время игры или ухода, а также через инфицированные животными предметы домашнего обихода, предметы по уходу за животными, песочницы, мелкие бассейны. Определенная роль в распространении микроспории принадлежит клинически здоровым животным, которые, являются переносчиками грибов, хотя существует точка зрения, что клинически здоровые животные не могут служить источником заболевания. Подъем заболеваемости микроспорией начинается в конце лета, пик приходится на октябрь–ноябрь, в марте – апреле микроспория регистрируется реже всего. Клинически выделяют микроспорию волосистой части головы или, реже, других волосистых участков кожного покрова, микроспорию гладкой кожи, а также микроспорию ногтей пластинок.

Для лечения инфекции препаратом выбора является гризеофульвин, который в течение многих лет применялся и в нашей стране. В последнее время есть многочисленные наблюдения, подтверждающие эффективность итраконазола в лечении микроспории у детей [1,2,3,6,7,8]. В силу определенных экономических и социальных условий в настоящий момент дерматологами Беларуси для лечения микроспории у детей в основном используется тербинафин. Учитывая международный и личный опыт применения гризеофульвина в лечении микроспории у детей мы решили провести ретроспективный анализ его эффективности что и являлось целью настоящего исследования.

Материалы и методы исследования. Обследовались 100 детей с диагнозом микроспория волосистой и/или микроспория волосистой части головы и гладкой кожи, проходящих лечение в микологическом отделении Витебского

областного клинического диспансера за период 1994-1996 гг. При выполнении работы применялись следующие методы: клинический, микроскопический, бактериологический, метод люминесцентной диагностики. Обработка результатов приводилась при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. Из 100 обследованных пациентов было 26 девочек и 74 мальчика; из них 28 (28%) были жителями сельской местности, остальные дети 72 (72 %) - городские жители Средний возраст пациентов составил 6,9±2,7 лет. Диагноз «микроспория волосистой части головы» был установлен у 69 (69%) детей, «микроспория волосистой части головы и гладкой кожи» 31 (31%) . Клинический диагноз у всех пациентов был подтвержден микроскопическим анализом, культуральным выделением *Microsporum canis* и люминесцентным исследованием в лучах лампы Вуда.

Гризеофульвин назначался в дозировке 22 мг /кг ежедневно до первого отрицательного анализа, затем в той же дозировке через день. Также пациенты получали местное лечение противогрибковое лечение в виде мазей в сочетании с раствором 3% йода, бритье каждые четыре дня

Выздоровлением считалось наличие пяти отрицательных анализов с интервалом 5-7 дней. Клинико – микологическое выздоровление наступило у всех детей, получавших гризеофульвин. Первый отрицательный анализ микроскопического исследования зафиксирован на 22,1±5,7 день от начала лечения. Лечение дети переносили хорошо, но биохимические исследование крови с целью изучения функций печени не проводились.

Выводы .

1 Гризеофульвин является эффективным методом лечения детей больных микроспорией волосистой части головы и гладкой кожи, однако безопасность препарата исследована недостаточно. Учитывая данные литературы и собственные наблюдения необходимы дальнейшие исследования для сравнительного анализа эффективности и безопасности гризеофульвина, тербинафина и итраконазола.

2. Микроспорией чаще заболевают дети - жители городов, однако данное заключение требует большего числа наблюдений. В случае подтверждения данного наблюдения необходимо выяснить факторы, способствующие более частому инфицированию детей городов.

Литература:

- 1 Бурова, С.А. Проблема грибковых заболеваний человека /С.А. Бурова //Российский журнал кожных и венерических болезней - 1998 - № 1 - С. 39 – 41.
2. Сергеев, А.Ю., Грибковые инфекции: Руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю В Сергеев. – М., ООО «Бином – пресс», 2004 – 440 с.
3. Принципы терапии дерматомикозов с поражением волосистой части головы / И М Корсунская [и др.], // Клиническая дерматология и венерология - 2006 - № 2. – С. 69-70
4. Epidemiology of tinea capitis in Europe: current state and changing patterns / G Ginter-Hanselmayer // Mycoses. – 2007. – Vol 50, № 2. – P. 6-13.
- 5 Ginter, G Microsporum canis infections in children: results of a new oral antifungal therapy/ G.Ginter // Mycoses - 1996. – Vol 39, № 7/8. – P 265-269.
6. Itraconazole versus griseofulvin in the treatment of tinea capitis. a double-blind randomized study in children / S. López-Gome [et al] // Int. J. Dermatol. - 1994 - Vol. 3, № 10. – P. 701
7. Itraconazole is effective in the treatment of tinea capitis caused by *Microsporum canis* / A K. Gupta [et al.] // Pediatr. Dermatol. – 2001 Vol. 18, № 6. – P. 519-522.
8. Is itraconazole the treatment of choice in *Microsporum canis* tinea capitis? / E. Koumantaki-Mathioudaki [et al] // Drugs Exp. Clin. Res – 2005 – Vol 31, № 1. – P.11-15